

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ



НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

Н. И. КУДАШОВ

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ



МОСКВА.«МЕДИЦИНА».1973

Кудашов Н. И.
К88 Острые респираторные заболевания у детей. М., «Медицина», 1973.

40 с. с ил. (Науч.-попул. мед. литература).

Респираторные вирусные инфекции занимают ведущее место в инфекционной патологии детей. Они наносят громадный ущерб здоровью детей, часто осложняясь воспалением легких, активируя хронические очаги инфекции, снижая сопротивляемость организма к другим заболеваниям.

В брошюре рассказывается о гриппозной, парагриппозной, аденовирусной, синцитиальной вирусной инфекциях и об осложнениях, которые они вызывают. Особое внимание уделено в ней вопросам лечения и профилактики респираторно-вирусных инфекций в домашних условиях.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

$К\frac{055-315}{030\ (01)-73}329-73$ 618Д




Современная медицина достигла огромных успехов в борьбе с инфекционными болезнями у детей. Свирепствовавшие некогда натуральная оспа и дифтерия в настоящее время в нашей стране ликвидированы. Полиомиелит, который совсем недавно вызывал тяжелые последствия у детей, в настоящее время почти не встречается. Успешно осуществляется программа борьбы с коклюшем и корью.

Этим успехам мы обязаны прежде всего профилактическим прививкам. Гениальная догадка Э. Дженнера и идеи Л. Пастера дали людям возможность защиты от инфекционных болезней с помощью вакцин, приготовленных из ослабленных возбудителей. Открытия последних десятилетий в области биологии, химии и иммунологии (науки о защитных реакциях организма по отношению к тому или иному инфекционному заболеванию) создали новые предпосылки для предупреждения, распознавания и лечения инфекционных болезней у детей.

Благодаря иммунопрофилактике (профилактике заболеваний с помощью вакцин и сывороток) осуществляется мечта человечества — избавление от инфекционных болезней.

В связи с успешным лечением заболеваний, вызываемых бактериями, снижением и даже ликвидацией некоторых из них, на первый план выступили вирусные инфекции. Среди них у детей чаще всего встречаются острые респираторные вирусные инфекции. Они наносят большой вред здоровью детей, снижая сопротивляемость организма, нередко сопровождаются различными осложнениями, задерживают физическое развитие детей, способствуют обострению хронических процессов, иногда могут быть причиной смерти детей первого года жизни. Ежегодно во всех странах мира острыми респираторными заболеваниями переболевают 10—25% жителей.

В нашей стране проводятся большие научные исследования, направленные на разработку новых методов распознавания, лечения и предупреждения этих инфекций.

В связи с большой распространенностью острых респираторных вирусных инфекций родители должны быть знакомы с клиническими признаками этих заболеваний, путями их распространения, с первой доврачебной помощью, которую могут оказать родители в домашних условиях, а также с мерами их предупреждения.

Обо всем этом и будет рассказано в этой брошюре.

Вирусы очень распространены в природе. Они вызывают заболевания не только у человека, но и у животных, птиц, рыб, растений. По своим размерам они ничтожно малы. Чтобы рассмотреть вирус, нужен специальный микроскоп с электронным лучем и увеличением в 300—500 тысяч раз. Особенностью вирусов является их способность проникать в живые клетки, размножаться в них и давать необыкновенно большое потомство.

В настоящее время самыми распространенными и частыми инфекционными заболеваниями у детей являются острые респираторные вирусные инфекции. Прежде эти болезни назывались одним словом «инфлюэнца», затем они регистрировались под диагнозом «острый катар дыхательных путей». В группу острых респираторных заболеваний входят грипп и целый ряд гриппоподобных инфекций. Сейчас уже хорошо известно, что все они вызываются вирусами. Кроме вируса гриппа,

к ним относится большая группа аденовирусов, парагриппозные вирусы, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы и другие.

Общими для всех этих заболеваний являются пути распространения инфекции и поражение респираторного (дыхательного) тракта. Все вышеуказанные вирусы, попадая в организм человека, размножаются в клетках эпителия, выстилающего слизистую оболочку носа, глотки, гортани, трахеи, бронхов. Скапливаясь и размножаясь за счет обмена живых клеток, используя питательные ресурсы клеток, вирус иногда настолько сильно поражает и истощает последние, что уже через 3—4 дня от момента возникновения заболевания (у детей раннего возраста в некоторых случаях через несколько часов) пораженные клетки становятся неспособными выполнять свои функции и могут даже погибнуть. Это ведет к тяжелым поражениям дыхательных путей и способствует проникновению вируса в кровяное русло. Кроме этого, вирусы выделяют ядовитые продукты (токсины), которые также поступают в кровь и в свою очередь вызывают отравление организма, что проявляется усилением общих признаков болезни.

Все представители группы острых респираторных вирусных инфекций — заразные болезни. Люди необыкновенно восприимчивы к ним.

Главным резервуаром и источником вирусов для людей является больной человек. Возможность передачи указанных выше вирусов от животных человеку пока еще точно не доказана.

Наибольшая часть вирусов выводится из организма вместе с разрушенными клетками эпителия в слизи при кашле, чиханье, сморкании и даже разговоре. При чиханье и кашле капельки слюны разлетаются на расстояние 2—3,5 метров, а количество капель при этом достигает 20—40 тысяч. Поэтому чем ближе к больному находится ребенок, тем большая возможность его заражения, так как наивысшая концентрация вируса в воздухе создается вблизи больного. С током воздуха мельчайшие капельки слюны могут переноситься на расстояние 10—20 метров, но количество их становится ничтожно мало и возможность инфицирования на таком расстоянии резко падает.

Некоторые вирусы, проникнув в кровь, могут выводиться через почки с мочой. Другие же, способные раз-

2—1107

множаться в эпителии кишечника, выделяются с калом. Однако эти пути заражения являются менее опасными и представляют собой редкое исключение.

Большинство вирусов респираторной группы мало устойчивы во внешней среде. В воздухе они сохраняются живыми очень короткое время (несколько часов) и быстро погибают под воздействием света, высушивания и различных дезинфицирующих средств. Только в некоторых случаях, когда вирусы вместе с капельками слизи и клетками, в которых они находятся, попадают на белье или плотные поверхности (домашняя посуда, игрушки, на покрытия с масляной краской), они могут сохраняться дольше. Поэтому предметы домашнего обихода могут играть некоторую роль передатчика респираторных вирусных инфекций, но не столь существенную, как воздушно-капельный путь передачи.

Кроме больного человека, большую опасность для окружающих представляют люди, которые переносят инфекцию «на ногах». У этих лиц (детей и взрослых) заболевание протекает легко, незаметно, но они являются таким же источником вирусов, как и больной человек. Кроме этого, в некоторых случаях люди могут не болеть сами, а быть носителями вируса и являться источником заражения окружающих. В большинстве случаев такими носителями становятся взрослые или дети с хроническими процессами в носоглотке (хронический тонзиллит, аденоидит и другие). Поэтому своевременное лечение носоглотки у таких лиц является профилактическим мероприятием острых респираторных вирусных инфекций по отношению к детскому и взрослому коллективу.

В возникновении острых респираторных вирусных инфекций большое значение имеет восприимчивость организма к данному возбудителю. Все факторы, которые понижают восприимчивость, способствуют более быстрому заболеванию ребенка. Эти факторы могут быть как внешнего, так и внутреннего характера. К первым относятся, например, метеорологические факторы. Замечено, что имеется определенная сезонность для целого ряда заболеваний. Острые респираторные инфекции в основном возникают в холодное время года (ноябрь — март месяцы). В это время происходит более тесный и частый контакт между людьми в помещениях, которые реже проветриваются, что способствует более

легкой передаче инфекции. Фактор охлаждения и переохлаждения может приводить к нарушению некоторых физиологических функций организма, например к нарушению терморегуляции тела, что в свою очередь может быть толчком к развитию инфекционного процесса при наличии возбудителя. К таким же факторам относится недостаточно правильный уход за ребенком. Несоблюдение режима дня — отсутствие регулярных прогулок, дневного отдыха, несвоевременное или неполноценное питание, нарушение гигиенического режима — все это приводит к снижению защитных функций организма.

К внутренним факторам, способствующим развитию заболевания, относятся такие, как наличие у ребенка рахита, экссудативного диатеза, малокровия и ряда других хронических заболеваний (хронический тонзиллит, аденоидит, бронхит и др.). У детей раннего возраста на заболеваемость в значительной мере влияют недоношенность, неправильное вскармливание. Все эти моменты нарушают целый ряд естественных процессов и этим самым снижают защитно-приспособительные реакции детского организма.

Кроме вирусов, вокруг нас постоянно имеется большое количество различных микробов. Обычно наш организм остается устойчивым ко многим из них, несмотря на то что они всегда находятся на коже, слизистых оболочках носоглотки, в кишечнике и на других участках тела. С возникновением причины, приведшей к снижению устойчивости организма, бактерии становятся активными и вызывают заболевание. Одной из таких причин могут быть вирусы. Как только у ребенка возникает острое респираторное заболевание, вслед за вирусами к пораженным органам «устремляются» бактерии. Вирус как бы прокладывает им путь, расчищает дорогу. Появившиеся микробы сразу начинают размножаться и своим присутствием вызывают тот или иной болезненный процесс. Таким образом, вирус никогда не бывает один: вслед за ним внедряется и развивается огромное количество различных микробов. Наиболее опасными из них в настоящее время являются стафилококки, которые приводят к тяжелым осложнениям, вызывая нагноительные процессы в различных отделах органов дыхания.

В нашей стране имеются городские, областные и республиканские лаборатории, которые проводят постоян-

ный учет заболеваемости острыми респираторными инфекциями, следят за восприимчивостью населения к ним, обследуют различные очаги в детских яслях, садах, школах, интернатах, изучают выделенные вирусы. Эти учреждения являются базами Регионального центра по гриппу в нашей стране, который связан через Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) с Научными центрами по гриппу других стран. Наиболее распространенным из всех острых респираторных вирусных инфекций является грипп. Поэтому с него мы и начинаем изложение некоторых особенностей заболеваний этой группы.




ГРИПП

Грипп — это инфекционное заболевание, которое вызывает тяжелые эпидемии. Грипп называют глобальной инфекцией, т. е. инфекцией, которая может поражать многие страны, вызвать эпидемии на всем земном шаре (пандемии). Известны три пандемии гриппа: в 1889—1890 г., 1918—1919 гг. («испанка») и в 1957 г. («азиатский грипп»). Во время одной из самых крупных пандемий 1918—1919 гг. заболело более 500 млн. человек. В тот период эпидемия унесла более 20 млн. людей [1]. Даже в благоприятные по гриппу годы заболеваемость им остается высокой, а во время эпидемии возрастает в 8—12 раз. Последние эпидемии гриппа в нашей стране наблюдались в 1968 и 1972—1973 годах.

Вирус гриппа был открыт в 1933 году. В последующие годы он был назван вирусом гриппа А. В 1940 году

[1] См. брошюру М. И. Соколова. «Почему возникают эпидемии гриппа». М., 1971.

был выделен новый тип вируса гриппа, который получил наименование вируса В.

Вирус гриппа очень заразен, обладает высокой токсичностью (отравление организма токсинами — ядовитыми продуктами), антигенностью. Последняя его особенность заключается в том, что при попадании вируса в организм слизистая верхних дыхательных путей, селезенка, лимфатические узлы человека быстро начинают вырабатывать защитные вещества, так называемые антитела (против этого вируса), которые обезвреживают данный вирус. В результате этой реакции, антиген (вирус) — антитело, у ребенка вырабатывается иммунитет, т. е. невосприимчивость к данному вирусу. После эпидемий основное переболевшее население оказывается иммунным (невосприимчивым) к вирусу гриппа, вызвавшего данную эпидемию. Однако иммунитет этот нестоек и уже через 6—8 месяцев начинают появляться восприимчивые к вирусу гриппа люди. У некоторых людей он остается на более длительный срок.

С антигенным свойством вируса гриппа и связана периодичность появлений эпидемий. Иммунитет при гриппе строго специфичен. Если у ребенка имеется иммунитет к вирусу гриппа типа А, он не защищает от заболевания, вызванного вирусами гриппа типа В.

С момента открытия вирус гриппа очень изменился, у него появился целый ряд новых антигенных свойств, в связи с чем и возникли его варианты — вирус гриппа А1, А2, А2 Гонконг. Поэтому к каждому вновь возникшему варианту вируса человек оказывается беззащитным и может заболеть вновь, даже если незадолго до этого он болел гриппом. Причина изменчивости вируса гриппа еще не совсем ясна.

Источником инфекции является только больной гриппом человек. Маленькие дети чаще заражаются от родителей, от старших детей. В детских учреждениях дети могут заражаться от ухаживающего за ними персонала: нянь, сестер, а также от больных сверстников со стертой, нетипично протекающей или маловыраженной формой болезни. Больной гриппом заразен 5—7 дней от начала болезни.

Путь передачи, как было указано раньше, одинаков при всех острых респираторных вирусных болезнях.

Основным и главным признаком гриппа, отличающего его от других представителей этой группы, являет-

ся токсичность. При этом происходит отравление организма как токсинами (ядовитыми продуктами самого вируса гриппа), так и веществами, которые появляются в результате нарушения жизнедеятельности клетки, а иногда и ее гибели после внедрения вируса. Все эти вещества влияют прежде всего на нервную и сосудистую систему человека. У ребенка же это имеет особенно большое значение.

Нервная система новорожденного значительно отличается по своему строению и по функциям, которые она выполняет, от детей более старшего возраста. Вся нервная система и особенно ее самые ответственные отделы — кора головного мозга — формируются на протяжении всей жизни ребенка. Первые шаги, первая речь, правильное восприятие окружающего — все связано с развитием нервной системы растущего организма, с формированием мозга. Ими регулируется и вся внутренняя деятельность человека, в том числе и выработка защитных свойств организма, борьба с инфекциями. В связи с недостаточной зрелостью нервной системы все эти реакции у детей очень неустойчивы. Чем моложе ребенок, тем менее совершенны они, тем тяжелее организму бороться с болезнетворными агентами. При отравлении токсинами во время гриппа у детей значительно быстрее и чаще выступают на первый план признаки, связанные с поражением нервной системы. В аналогичном состоянии находится и сосудистая система. Вирус гриппа очень ядовит и не щадит сосуды, особенно у детей. Сосудистая система (артерии, вены, капилляры) детей и подростков также имеет много своеобразия. Под влиянием различных факторов у них быстрее, чем у взрослых, нарушается нормальное состояние сосудистой стенки, понижается ее эластичность, изменяется реакция сосудов на различные процессы, возникающие в результате внедрения того или другого возбудителя. В результате страдает питание различных органов, появляются отечность тканей, кровоизлияния, ухудшаются условия доставки кислорода, прежде всего к нервной системе, к мозгу, сердцу.

В связи с этими особенностями грипп у детей, как правило, начинается внезапно, сопровождается быстрым повышением температуры до высоких цифр (39—40°), иногда ознобом. Общая продолжительность лихорадочного периода обычно не превышает 4—5 дней, затем

температура снижается. Однако у некоторых детей могут быть повторные повышения температуры.

Для гриппа характерны головная боль, головокружение, боль при движении глазных яблок, тошнота, рвота, потеря аппетита, вялость; нередко наблюдаются бред, возбуждение, кратковременная потеря сознания.

Другим проявлением поражения нервной системы при гриппе являются судороги. Они возникают чаще у детей до 3 лет и появляются на фоне токсикоза и высокой температуры (39—41°). У детей, предрасположенных давать судорожные реакции, а также травмированных во время родов и с повышенной возбудимостью, судороги могут возникнуть и без резкого повышения температуры. Обычно судороги при гриппе бывают кратковременными и не всегда имеют склонность к повторению. После уменьшения явлений токсикоза, улучшения общего состояния ребенка и снижения температуры они исчезают.

Нечастым, но самым грозным проявлением гриппозной интоксикации является поражение головного мозга (энцефалитический синдром) и его оболочек (менингеальный синдром). При этом температура внезапно резко повышается до 40—41°, появляются частая рвота, бред, резкая головная боль. В особо тяжелых случаях ребенок теряет сознание, у него могут появиться частые и длительные судороги, нарушение глотания, ритма дыхания, изменения сердечно-сосудистой деятельности. В этих случаях требуется немедленное вмешательство врача. При своевременном обращении к врачу и интенсивном лечении больного удается вывести из такого состояния. У детей раннего возраста начало гриппа может быть постепенным, без значительного повышения температуры и сопровождаться вялостью.

Кожные покровы в самом начале заболевания бывают бледными. Через несколько часов появляются покраснение и одутловатость лица. Обращает внимание «лихорадочный румянец» на щеках, особенно у детей первых 2—3 лет. Одновременно происходит расширение сосудов глазных яблок, отчего они приобретают розовый (иногда красный) оттенок. Усиливается покраснение слизистой оболочки век. При тяжелом течении гриппа, особенно у детей раннего возраста, появляется похолодание конечностей (кистей и стоп), синеватый оттенок губ.

Как результат поражения сосудов возникают носовые кровотечения, кровоизлияния на коже и слизистых оболочках полости рта. Может изменяться кровяное давление.

Вирус гриппа обладает способностью размножаться в эпителии дыхательных путей, поэтому грипп обычно сопровождается катаральными явлениями. В противоположность токсическим проявлениям катаральные явления в остром периоде гриппа выражены нерезко, а иногда могут даже отсутствовать. У ребенка появляются насморк, затрудненное носовое дыхание вследствие набухания слизистой оболочки носа, слизистые выделения. Кашель является тоже довольно частым, хотя и непостоянным, признаком гриппа; большей частью он начинается с первого дня болезни и продолжается 5—6 дней. Вначале кашель сухой, сопровождается болями за грудиной, затем становится влажным, а у детей старшего возраста может сопровождаться незначительным отделением мокроты.

Иногда с первых же дней болезни кашель становится грубым, как бы лающим, сопровождается охриплостью голоса и болью в горле. Эти признаки свидетельствуют о воспалении гортани и трахеи (ларинготрахеит).

Воспаление слизистой оболочки гортани (дыхательное горло) может быть настолько сильным, что возникающие там при этом отек и спазм приводят к такому резкому сужению, что затрудняется дыхание и в отдельных случаях приходится прибегать даже к оперативному вмешательству. К счастью, это бывает редко.

Поражение зева при гриппе характеризуется покраснением мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки. Нередко на них можно увидеть зернистость, а иногда мелкие точечные кровоизлияния.

В последние годы у детей особенно часто возникают астматические явления. Они появляются в основном у детей, больных экссудативным диатезом, с наследственной отягощенностью аллергическими заболеваниями. Астматический синдром характеризуется сильным удушьем, одышкой, удлинением выдоха, шумным, слышным на расстоянии, дыханием.

У некоторых детей в первые часы болезни грипп может сопровождаться сильными болями в животе, рвотой, задержкой стула. Такие больные с подозрением на аппендицит иногда попадают в хирургическое отделение.

Боли в животе держатся 1—2 дня и самостоятельно исчезают одновременно со снижением температуры.

Через 5—7 дней от начала заболевания гриппом все описанные признаки проходят и ребенок выздоравливает. Практически он кажется здоровым. Однако грипп — серьезное и тяжелое заболевание. Несмотря на то что излюбленными местами воздействия вируса являются нервная, сосудистая системы и органы дыхания, грипп косвенно влияет на весь организм. После перенесенного гриппа дети раннего возраста некоторое время продолжают плохо прибавлять в весе, не сразу нормализуется аппетит, не так быстро восстанавливается цвет кожных покровов, на некоторое время может задерживаться развитие статических функций. Например, если ребенок перед заболеванием начинал ходить, по выздоровлении от гриппа ему потребуется некоторый промежуток времени, чтобы окрепнуть и опять начать делать первые шаги. После гриппа у детей остаются раздражительность, повышенная возбудимость, тревожный сон. Дети школьного возраста скорее утомляются, становятся рассеянными.

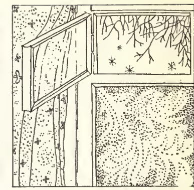
Но не только этим опасен грипп. Для детей не в меньшей степени грозны его осложнения. Из них наиболее часто встречаются воспаление бронхов (бронхит) и легких (пневмония). Чем меньше ребенок, тем чаще возникают осложнения. При этом снова повышается температура, ухудшается состояние, появляются вялость, а иногда беспокойство, возбуждение, нарастают одышка (резкое учащение дыхания), кашель.

У детей раннего возраста воспаление легких при гриппе иногда может начинаться постепенно и протекать незаметно. В этих случаях бывает трудно сразу поставить диагноз и приходится прибегать к дополнительным методам обследования (сделать снимок или просвечивание органов грудной клетки).

Другим частым осложнением гриппа у маленьких детей является отит — воспаление среднего уха. Крайнее беспокойство, плохой сон, периодически беспричинный крик, повторное повышение температуры — частые признаки воспаления среднего уха.

Диагноз гриппа ставится на основании характерных его признаков, с учетом эпидемиологической обстановки. Лабораторные исследования в поликлинических условиях мало чем могут помочь врачу.





АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Возбудителями этой инфекции являются аденовирусы. Они впервые были выделены в 1953 г. американскими учеными Роу, Хюбнером и Хилеманом от здоровых детей из аденоидов и миндалин, удаленных при хирургических операциях. В дальнейшем ученые установили, что эти вирусы могут быть причиной острой респираторной инфекции. В нашей стране аденовирусная инфекция чаще вызывается типами 3, 4, 7, 8, 14 и 21; остальные типы (всего их 32) у человека заболеваний не вызывают. Аденовирусы довольно устойчивы во внешней среде.

Источником инфекции является больной аденовирусной инфекцией; особенно он заразен в период выраженных катаральных явлений. При кашле, чиханье аденовирусы выделяются в окружающую среду вместе с капельками носоглоточной слизи, мокроты; заразно также отделяемое из глаз. Как и при гриппе, основной путь распространения этой инфекции воздушно-капельный. Однако аденовирусы проникают в организм не только

через слизистую оболочку верхних дыхательных путей и глаз, но и через рот. Они интенсивно размножаются также в кишечнике. Поэтому аденовирусная инфекция может распространяться и путем, свойственным кишечным инфекциям: через грязные руки, загрязненные игрушки, предметы ухода (соски, полотенце, ложки, посуду). Возбудители этой инфекции длительно и в большом количестве выделяются из организма больного с испражнениями. В отдельных случаях заражение, особенно глаз, может происходить и через воду при купании не в проточной воде. Заболевание наблюдается на протяжении всего года, с некоторым повышением в холодный период времени.

Аденовирусная инфекция — заболевание преимущественно детского возраста. Наиболее восприимчивы к ней дети до 3 лет. У старших детей и у взрослых эта инфекция встречается реже и протекает легче. Аденовирусной инфекции не свойственны большие эпидемии и пандемии, но могут наблюдаться вспышки, особенно в детских учреждениях, когда одновременно заболевают десятки детей. Скрытый период аденовирусной инфекции (с момента заражения до появления первых признаков болезни) от 4 до 12 дней.

Начало болезни чаще постепенное, но может быть и острым, с повышением температуры до высоких цифр. Инфекция может протекать в виде катара верхних дыхательных путей, пленчатого конъюнктивита, фаринго-конъюнктивальной лихорадки и аденовирусной пневмонии. О проявлениях этих признаков заболевания мы расскажем ниже.

Катар верхних дыхательных путей — наиболее частая и легкая форма аденовирусной инфекции. Он сопровождается набухлостью слизистой носа, обильными выделениями, затруднением носового дыхания и частым влажным кашлем. Слизистые оболочки зева, дужек, мягкого неба краснеют и отекают. Все катаральные явления держатся длительно, нередко до 10—12 дней. Они могут сопровождаться повторным повышением температуры до 38—39° (волнообразная температурная кривая).

Другой формой аденовирусной инфекции у детей является пленчатый конъюнктивит. Он может сопровождаться катаром верхних дыхательных путей или протекать без него. Конъюнктивит (воспаление слизистой обо-

лочки век) появляется обычно со 2—3-го дня болезни, характеризуется отечностью, покраснением конъюнктивы и отеком век, чаще одного глаза; затем на конъюнктиве появляется нежная пленка в виде паутинки, которая постепенно становится толще и плотнее. Аденовирусный конъюнктивит может сопровождаться светобоязнью, слезотечением, резью в глазах. Течение болезни благоприятное.

Фаринго-конъюнктивальная лихорадка — более тяжелая форма аденовирусной инфекции. Она протекает с изменениями в зеве, задней стенке глотки, конъюнктивах глаз, лихорадкой, увеличением подчелюстных лимфатических узлов и насморком. Начинается она остро, сопровождается вялостью, сонливостью, повышением температуры до 39°, иногда рвотой и головной болью. В отдельных редких случаях могут быть и неврологические изменения: головокружение, судороги, бред. Температура изменяется обычно волнообразно, что продолжается 7—8 дней, нередко до 10 дней. В зеве, кроме покраснения, можно часто выявить на миндалинах налет в виде пленки (ангина). Фаринго-конъюнктивальная лихорадка иногда сопровождается болями в животе, а у самых маленьких детей на фоне катара может возникнуть частый жидкий стул.

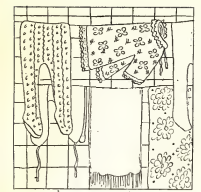
Воспаление легких (пневмония) — тяжелое проявление аденовирусной инфекции. Ученые предполагают, что наряду с вторично присоединяющимися микробами в формировании пневмонии участвуют аденовирусы. Об этом свидетельствуют быстрое (в первые два дня) появление воспаления легких, длительное и упорное течение. Состояние детей с аденовирусной пневмонией тяжелое, отмечаются резкая одышка, длительный влажный кашель, синюшность носа, губ, высокая температура. Изменения в легких выявляются врачами как при выслушивании, так и при рентгенологическом исследовании. Заболевание имеет склонность к обострениям и рецидивированию.

После гриппа аденовирусное заболевание является одним из самых опасных для детей раннего возраста. Ни одно другое заболевание среди респираторных инфекций не дает такого большого количества разнообразных форм проявлений, как аденовирусное. Нет другого вируса в этой группе, чтобы он вызывал изменения почти всех слизистых оболочек нашего организма: глаз,

носа, полоста рта и глотки, гортани, трахеи, бронхов, кишечника. Воспаление легких при аденовирусном заболевании всегда бывает очень тяжелым у детей до 2-летнего возраста.

Иммунитет к аденовирусам вызывается, но к каждому типу вируса отдельно. Например, если ребенок перенес аденовирусное заболевание, вызванное 3-м типом, он вскоре может заболеть аденовирусной инфекцией, вызванной 7-м типом и т. д.

После выздоровления в носоглотке детей аденовирусы могут сохраняться еще длительное время (вирусоносительство).





РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Вирус был выделен впервые в 1956 г. Морисом от заболевших насморком обезьян шимпанзе. Клетки, на которых выращивают этот вирус, так изменяются под его воздействием, что теряют свою структуру и выглядят одним сплошным пластом — синцитием. Отсюда и происходит его название. Впоследствии этот вирус был изолирован от людей, больных воспалением легких и гортани. Это заболевание может давать большие вспышки, особенно среди детей раннего возраста, в домах ребенка, яслях, детских садах. Инфекция распространяется довольно быстро: скрытый период болезни (от момента внедрения вируса в дыхательные пути до появления первых признаков болезни) составляет 3—4 дня, иногда он затягивается до 9 дней. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Больной заразен до 7—10 дней. Особенно он опасен для окружающих в период максимальных проявлений катара: кашля, насморка. Эта инфекция встречается преимущественно у детей.

В последние годы ученые подробно изучили и описали клиническую картину этой инфекции. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция в общей сумме респираторных вирусных инфекций у детей занимает большое место (до 20%). Формы заболевания разнообразны: от легкого катара верхних дыхательных путей до тяжелейшего бронхиолита, т. е. воспаления мельчайших бронхов (бронхиол).

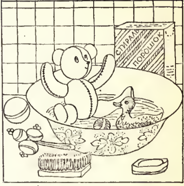
Заболевание обычно развивается постепенно, без повышения температуры или с незначительным ее подъемом. Только в редких случаях оно начинается остро, бурно, с высокой температуры (до 39° и выше). Характерно появление признаков катара дыхательных путей: заложенность носа, чиханье, в последующие дни — выделения слизистого характера, кашель. Ухудшается аппетит, ребенок становится беспокойным, реже — вялым и сонливым. Вследствие заложенности носа и затруднения дыхания нарушается акт сосания у детей грудного возраста. Признаки интоксикации (отравляющего действия) в отличие от гриппа выражены нерезко.

Вслед за появлением катара или одновременно с ним развиваются бронхиолит и воспаление легких, которые сопровождаются резким ухудшением общего состояния больного, появлением признаков дыхательной недостаточности, усилением беспокойства, учащением дыхания, появлением синюшной окраски кожи, влажным частым кашлем.

Нередко при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции возникают астматические явления. Они наблюдаются чаще у детей с проявлениями экссудативного диатеза, с повышенной чувствительностью к некоторым пищевым продуктам, медикаментам, с наследственно обусловленной аллергией. В основе механизма развития астматических явлений лежит сужение просвета бронхов в результате воспалительного отека и повышенной секреции слизи, а также спазма бронхов. Астматические явления существенно нарушают общее состояние больного, сопровождаются одышкой, кашлем, нередко свистящими хрипами. Они имеют склонность к повторению и длительному течению.

У детей старшего возраста респираторно-синцитиальная вирусная инфекция протекает легче. У них реже бывают поражения нижних отделов органов дыхания и астматические явления.





ПАРАГРИППОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Парагриппозная (от греческого слова пара — «около») инфекция — заболевание весьма близкое к гриппу. Возбудители этой инфекции — четыре типа парагриппозных вирусов. Они были открыты и выделены американскими исследователями лишь в 1956 г. Эти вирусы очень «капризны» — выделить их чрезвычайно сложно.

Парагриппозная инфекция — довольно частое заболевание детей, особенно раннего возраста. Хотя парагрипп и сходен с гриппом, но отличается от него более легким течением. При этой инфекции меньше выражены признаки отравления организма. Парагриппозной инфекцией дети чаще болеют в сырую, холодную осеннюю погоду, ранней весной, однако эта инфекция может возникать зимой и даже летом. Если взрослые могут переносить эту инфекцию на ногах (проявляется она у них кашлем, насморком и плохим настроением), то для малыша она может быть серьезным заболеванием.

Восприимчивость к парагриппу, особенно среди маленьких детей, очень велика.

После перенесенной инфекции образуется иммунитет, однако он нестойкий, недлительный и вырабатывается только против того типа вируса, который вызвал заболевание (а их, как известно, 4). Вирус содержится в носоглоточной слизи, частицах мокроты, выделениях из носа. Парагриппозная инфекция передается воздушно-капельным путем. Больной заразен весь период болезни, когда выражены проявления катара (кашель, насморк) — в среднем от 7 до 11 дней от начала болезни. Вирусы парагриппа попадают на слизистые оболочки преимущественно верхних дыхательных путей: носа, гортани, иногда бронхов. Болезнь обычно возникает через 6—7 дней после заражения. Начало ее может быть как постепенное, так и острое. Почти обязательными первыми признаками являются набухание слизистой оболочки носа, обильное отделяемое и затруднение дыхания через нос. Кашель сухой, навязчивый. Эти симптомы могут сопровождаться повышением температуры (иногда до 39° и выше), ухудшением общего состояния больного, вялостью, сонливостью, потерей аппетита. Признаки интоксикации — головная боль, головокружение, кратковременные судороги — могут иногда дополнять картину болезни. Вследствие затруднения носового дыхания дети первых месяцев жизни отказываются брать грудь.

Эти признаки заболевания могут быть единственным проявлением парагриппозной инфекции. В большинстве же случаев с развитием заболевания кашель усиливается, делается грубым, «лающим». Голос становится хриплым, затем постепенно теряется его звучность, иногда развивается полная афония — потеря голоса. Это признаки ларингита, т. е. воспаления гортани. Ларингит — один из самых характерных признаков парагриппа.

Ложный круп[1], или стеноз (сужение) гортани, как проявление острого ларингита — наиболее опасный и серьезный признак болезни. Ученые считают, что 50% всех заболеваний крупом вызывается вирусом парагриппа. Причина крупа — развитие спазма и отека гортани, накопление в ней слизи, гнойного отделяемого. Все эти изменения — результат внедрения и проявления жизнедеятельности вирусов в эпителии, выстилающем слизистую оболочку гортани, и активации бактериальной фло-

[1] «Истинный» круп — дифтерия гортани — заболевание, которое в настоящее время благодаря профилактическим прививкам почти не встречается.

ры. Острый ларингит, или ложный круп, может явиться непосредственной угрозой для жизни ребенка. Он возникает неожиданно, чаще ночью во время сна, преимущественно в первые дни болезни и держится от нескольких часов до нескольких дней. Шумное затрудненное дыхание, охриплость голоса, «лающий» кашель, беспокойство, втяжение межреберных промежутков — вот частые признаки крупа. Ребенок затрачивает много усилий, чтобы сделать вдох, но верхние дыхательные пути оказываются недостаточно проходимыми для воздуха. Нарушается доставка кислорода к легким и выведение из организма углекислоты. В тяжелых случаях ребенку грозит удушье. Срочно принятые меры лечения позволяют спасти ребенка. Однако такие тяжелые проявления острого ларингита при парагриппе наблюдаются в основном у детей до 3-летнего возраста. У более старших детей они протекают легко.

В отличие от гриппа катаральные явления при парагриппозной инфекции держатся более длительное время — до 2 недель.





РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Название болезни (от греческого слова «ринос» — нос) свидетельствует о том, что при этой инфекции поражается преимущественно слизистая оболочка носа. Это заболевание еще называют простудным катаром, заразным насморком. Заболевание вызывается риновирусами (их более 50 типов). Дети к ним очень восприимчивы.

Риновирусы внедряются и размножаются в слизистой оболочке носа. Распространяются они воздушно-капельным путем, при чиханье.

У детей заболевание протекает в виде длительного и очень сильного насморка. Слизистая носа резко отекает, набухает, из носа появляются такие обильные выделения, что взрослым больным требуется иногда в сутки до 50—60 носовых платков. Заболевание может сопровождаться першением в горле и кашлем, однодневной и невысокой лихорадкой. У отдельных детей, особенно раннего возраста, риновирусная инфекция может вызвать обострение хронического тонзиллита, бронхита,

усилить астматические явления, если они имелись раньше. В большинстве случаев заболевание протекает нетяжело.

Невосприимчивость возникает только к тому типу вируса, который вызвал заболевание; чувствительность ко всем остальным типам сохраняется, поэтому они могут вызвать новую инфекцию.

Риновирусная инфекция у детей изучена еще недостаточно.

Мы познакомили читателей с рядом инфекций большой группы, именуемой острые респираторные заболевания. Описание можно было бы продолжить, но мы позволили себе ограничиться вышеуказанными инфекциями, так как они лучше изучены и занимают большее место среди прочих острых заболеваний дыхательных путей, вызываемых вирусами.

Как видно из приведенного, существует огромное количество вирусов, «точкой приложения» которых являются органы дыхания. Но у каждого из этих вирусов есть свои особенности. Так, если гриппозному вирусу свойственна тяжелая общая интоксикация организма, то аденовирус поражает все слизистые оболочки дыхательных путей и кишечника, вызывая самые разнообразные проявления, выбирая у каждого ребенка свои излюбленные места. Если респираторно-синцитиальный вирус предпочитает вызывать тяжелые изменения в самых мелких бронхах и легких, то парагриппозный вирус выбрал верхние отделы — гортань. А риновирусы «поднялись выше всех» и избрали себе слизистую оболочку носа.

Нет пока еще объяснений, почему эти вирусы внедряются в определенные отделы дыхательного тракта.

Каждый из вирусов имеет много типов, в связи с этим оказалось, что в общей сумме около 100 вирусов могут вызывать острые респираторные заболевания человека. Иммунитет (невосприимчивость) вырабатывается каждый раз на определенный тип вируса. Поэтому люди, особенно дети, могут очень часто болеть респираторными инфекциями.

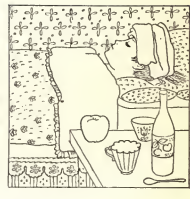
Все дети по-разному восприимчивы к этим инфекциям: одни оказываются к ним очень устойчивыми и редко болеют; другие отвечают заболеванием на каждую встречу с возбудителем, т. е. болеют при каждом контакте с инфекционным больным. Таким детям особенно трудно

приходится в детских коллективах, во время сезонных подъемов респираторных заболеваний.

Мы не остановились подробно па осложнениях, когда разбирали отдельные инфекции. Это сделано потому, что при всех острых респираторных вирусных заболеваниях осложнения, если они возникают, бывают одинаковые: это прежде всего бронхиты, воспаления легких, воспаление среднего уха. У детей старшего возраста осложнения возникают со стороны придаточных пазух носа (гайморит и фронтит.

Повторные острые респираторные инфекции способствуют формированию хронического тонзиллита, хронического бронхита, воспаления легких, бронхиальной астмы. Поэтому своевременно начатое и правильно проведенное лечение может способствовать скорейшему выздоровлению и очищению организма от вирусов.





ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Больные дети с острыми респираторными вирусными заболеваниями не подлежат обязательной госпитализации. Только дети, находившиеся в тяжелом состоянии, требуют срочного направления в больницу. Кроме этого, госпитализации подлежат дети из закрытых коллективов (круглосуточные ясли, детские сады, интернаты). Поэтому основное лечение таких больных проводится в домашних условиях.

Лечение гриппа и гриппоподобных респираторных вирусных инфекций является важнейшей проблемой современной медицины. Специфическая терапия — лечение, направленное непосредственно на возбудителей болезни — вирусы, находится в своем начальном периоде развития и делает лишь первые шаги. Всего 8—10 лет назад о специфическом лечении гриппа почти ничего не говорилось. Ученые многих стран прилагали все усилия для создания и поисков лекарственных средств, которые можно было бы использовать для этой цели. Последние

годы характеризуются особенно интенсивным изучением новых средств для лечения этих инфекций.

Задача создания противовирусных средств для лечения респираторных вирусных инфекций оказалась весьма трудной в силу следующих причин: во-первых, вирусы резко отличаются от микробов; во-вторых, наши знания о процессах, происходящих внутри вируса, еще недостаточны; в-третьих, вирусы находятся внутри клеток организма больного, что создает большие трудности для проникновения лекарственных препаратов к вирусу, не повредив клетку. Поэтому основным видом лечения острых респираторных вирусных инфекций является патогенетическая терапия. Это неспецифический вид лечения, направленный на подавление возбудителя—вируса—косвенным путем и опирающийся на знания основных механизмов развития болезни.

Что же могут сделать родители, если их ребенок заболел острой респираторной инфекцией?

При заболевании ребенка прежде всего следует уложить в постель и по возможности изолировать его от других членов семьи, особенно детей. Вызвать врача.

Комната должна быть хорошо проветрена, так как больному свежий воздух требуется больше, чем здоровому. Зимой во время проветривания помещения ребенка надо тепло укрыть или на это время вынести в соседнюю комнату. Летом рекомендуется держать открытыми окна. Желательно поддерживать комнатную температуру в пределах 18—20°.

Постоянно надо следить за состоянием кровати, ее следует перетряхивать несколько раз в день. Следить, чтобы простыни не собирались в складки, на постели не было крошек. Матрац не должен образовывать бугров, менять белье по мере необходимости.

Независимо от тяжести состояния ребенка надо ежедневно умывать водой комнатной температуры. Перед каждой едой, как всегда, ему следует мыть руки. Если ребенок сильно потеет, кожу его необходимо обтирать полотенцем и чаще менять белье, особенно рубашку, наволочки. При обильном потоотделении можно быстро протереть ребенка теплой водой. При появлении сухости губ, трещин на них рекомендуется смазывание губ несколько раз в день вазелином, несоленым сливочным или любым растительным маслом. После опорожнения кишечника ребенка надо подмыть, а при появлении первых

признаков раздражения кожи вокруг заднего прохода — смазать кожу вазелином или детским кремом.

При возникновении рвоты больного ребенка рекомендуется посадить или положить на бок в зависимости от возраста и состояния. Это нужно сделать для того, чтобы рвотные массы не попали в дыхательное горло. Маленькому ребенку подкладывают пеленку для рвотных масс, в старшем возрасте — подставить тазик. По окончании рвоты дать прополоскать рот и выпить 1—2 глотка кипяченой воды комнатной температуры. Во время рвоты всегда наступает общая слабость. Поэтому после рвоты больного укладывают в кровать, укрывают одеялом и, если был озноб, согревают (грелки к ногам, рукам).

При затруднении дыхания через нос и образования в нем сухих корок следует несколько раз в день очищать нос ватным фитильком, смазанным вазелином. Особенно тщательно надо следить за этим у детей грудного возраста, так как у них быстро нарушается из-за этого акт сосания.

Тщательный уход необходим за полостью рта. Дети старшего возраста должны продолжать ежедневно чистить зубы, после еды полоскать рот. Тщательно следует мыть всю посуду, с которой соприкасается больной ребенок, и особенно игрушки. Соски и все предметы, которые ребенок берет в рот, следует кипятить или хорошо промывать, ошпаривать крутым кипятком.

Больные дети всегда бывают капризны и раздражительны. Все вышеописанные процедуры, в том числе и питание, вызывают их сопротивление. Поэтому надо вложить много внимания, нежности и ласки, чтобы все это выполнить, стараясь вместе с тем как можно меньше травмировать ребенка.

В комнате должна быть тихая, спокойная обстановка, особенно если у больного имеются признаки поражения нервной системы. Не следует включать слишком яркий свет, особенно при заболевании слизистой оболочки глаз. Не включайте на полную громкость радио, телевизор, не гремите посудой.

Пока у ребенка температура повышена, пища должна быть жидкой или полужидкой: фруктовые соки (персиковый, яблочный, гранатовый, апельсиновый), компот, кефир, протертое овощное и яблочное пюре, куриный бульон, мясное суфле. Аппетит во время болезни у ребен-

ка снижен, особенно в первые дни, поэтому не кормите его насильно. В следующие дни ребенок съест больше. Когда снизится температура и появится аппетит, пища должна быть полноценной и соответствовать возрасту: мясные фрикадельки, овощное пюре, творог, свежие фрукты, соки. Следует помнить, что многие продукты, например яичный белок, шоколад, какао, апельсины, у маленького ребенка могут вызвать или усилить проявления экссудативного диатеза. Если у малыша еще до болезни было отмечено появление сыпи после апельсинов или других продуктов, их ни в коем случае не следует давать больному. Это может усугубить тяжесть болезни.

Если заболевание началось ознобом, следует тепло укутать больного, дать ему горячий сладкий чай, положить грелку к ногам.

При температуре выше 38—39°, если нет озноба, рекомендуется положить на голову ребенка салфетку, смоченную в холодной воде. Ее надо часто менять. Можно положить на голову пузырь со льдом, подвесив его к кровати. Не надо укрывать ребенка дополнительно одеялами, надевать шерстяные кофточки. Помните, что перегревание больного ребенка не только не нужно, но и вредно.

Не рекомендуется без совета врача прибегать к лечению различными медикаментами, особенно у детей раннего возраста. Однако в случае очень высокой температуры и хорошей переносимости ребенком лекарств можно дать ему ацетилсалициловую кислоту или амидопирин. Дозировка должна соответствовать возрасту ребенка и ее нужно согласовать с детским врачом. Очень важно в этот период вводить достаточное количество жидкости в виде чая, клюквенного морса, различных фруктовых соков (натуральных).

Для больных с явлениями острого ларингита (крупа), сильного кашля полезно вдыхание влажного согретого воздуха (ингаляция). Это можно сочетать с горячими ножными ваннами, особенно у детей старше 3 лет. Для этого в ведро наливают воду температурой 37°, погружают туда ноги ребенка до коленных суставов и тонкой струей добавляют осторожно горячую воду, чтобы температура ее повысилась до 39—40°. Продолжительность ванны 10 минут. После этого дать ребенку теплое питье, горячее молоко пополам с боржомом, 2% содовый раствор (4 г питьевой соды на 200 г воды), горячий чай,

уложить его в теплую постель и хорошо укрыть. Малыш же почувствует облегчение, лучше будет отхаркиваться мокрота, он заснет.

Детям грудного возраста можно сделать общую горячую ванну, но только по совету врача. Перед проведением ванны следует приготовить все, что необходимо для маленького ребенка: теплые пеленки и полотенце, распашонка или кофточка, платочек на голову, одеяло и термометр для воды. Температура воздуха при этом должна быть не ниже 18—20°. В ванну наливают столько воды, чтобы она покрывала плечики ребенка. При погружении больного температура воды должна быть 37°. Осторожно подливая воду в ножной конец ванны, следует температуру воды повысить до 38°. Если ребенок хорошо переносит горячую воду, спокоен, розовый, в некоторых случаях температуру воды можно довести до 39—40°. Если во время ванны ребенок бледнеет или появилось посинение губ, кожи вокруг рта, ванну немедленно следует прекратить. Продолжительность ванны — 5—10 минут.

Аналогично действует и горчичное обертывание: на кровать кладут одеяло, поверх него — сухую простыню или пеленку. Можно использовать тонкую клеенку. Две столовые ложки сухой горчицы растворяют сначала в одном стакане горячей воды (60°) до появления горчичных паров, потом добавляют еще стакан горячей воды и тщательно размешивают. Ребенка раздевают догола и, смочив пеленку в приготовленной воде, быстро отжимают ее и раскатывают на заранее приготовленной сухой простыне. На смоченную пеленку кладут ребенка, прокладывают сухую пеленку между ножками (чтобы не было раздражения половых органов и заднего прохода) и быстро завертывают с руками сначала в смоченную горячей водой пеленку, потом сухую простыню и одеяло. Обертывание продолжается 20—30 минут. Кожа ребенка должна покраснеть. После этого ребенка обливают водой температуры 38° (смывают остатки горчицы), вытирают, одевают в теплое белье и закутывают в одеяло.

Можно использовать также готовые горчичники, купленные в аптеке. Горчичник сначала смачивают в теплой кипяченой воде, затем приложив на участки грудной клетки, как рекомендовал врач, укрепляют бинтом и накрывают ребенка теплой пеленкой и одеялом на 3—5 минут. У маленьких детей горчичники накладывают не на

кожу, а на тряпочку, смоченную в теплой воде (пеленку, два слоя марли и т. д.).

При кожных заболеваниях (высыпания на коже) и астматическом бронхите горчичников и горчичных обертываний следует избегать. Некоторые дети не переносят горчицу; у них после горчичников могут усилиться проявления астматического синдрома, экссудативного диатеза. Горчичники и горчичные обертывания чаще назначают при бронхите, трахеите, воспалении легких.

Ребенок, заболевший острой респираторной вирусной инфекцией и предрасположенный к судорогам при повышении температуры, нуждается в особо тщательном наблюдении. Температуру следует измерять у него 3—4 раза в день. При повышении температуры выше 38° ему следует дать лекарства, понижающие температуру (амидопирин, ацетилсалициловая кислота). Эти препараты, выписанные врачом в дозировке с учетом возраста, обязательно должны быть в домашней аптечке. Периодически их следует обновлять, так как они имеют ограниченный срок использования. Для такого ребенка очень важно создать спокойную обстановку, избегать волнующих его ситуаций.

Обычно больных с тяжелыми поражениями нервной системы (судороги, потеря сознания), с пневмонией и острым ларингитом немедленно госпитализируют. Родители не должны препятствовать этому и понять жизненную необходимость подобного мероприятия.

Если госпитализация не потребовалась и ребенок остался дома, следует очень внимательно и точно выполнять все предписания врача. Уход за больным требует большого такта, выдержки, терпения, а иногда и настойчивости. Выполнение той или иной лечебной процедуры иногда может носить характер игры.

Антибиотики, сульфаниламиды назначает только врач, он же определяет необходимую дозу, длительность и характер введения. Эти препараты действуют непосредственно на микробы, которые являются причиной осложнений, и не оказывают никакого влияния на вирусы.

Противовирусный препарат оксолин разрешен в нашей стране для лечения гриппа и других респираторных вирусных инфекций. Препарат выпускается в тюбиках в виде мази, которая закладывается в нос. Под влиянием оксолина быстрее исчезают катаральные явления (насморк) и улучшается состояние больного. Хотя оксолин

не обладает побочным действием (кроме легкого кратковременного жжения в носу), однако использовать его необходимо только по назначению врача.

Назначенное врачом лечение не надо обрывать, если даже вам кажется, что ребенок уже здоров. Лечение должно быть отменено только после консультации с врачом. Длительность лечения больного с респираторной вирусной инфекцией, особенно осложненной, продолжается 6—15 дней, а иногда и больше.

К обычному образу жизни ребенок должен возвращаться постепенно. Постельный режим необходимо соблюдать весь лихорадочный период (при температуре 38—39°). Затем он сменяется полупостельным, когда ребенку разрешают вставать несколько раз в день, а затем уже он переводится на общий режим. Все это идет под контролем врача. Иногда длительный постельный режим, например при воспалении легких, вреден. Он способствует застойным явлением в органах дыхания, что приводит к задержке воспалительного процесса. Малыша с воспалением легких следует чаще брать на руки, переворачивать. Это улучшает вентиляцию легких и ведет к более быстрому выздоровлению. Если малыш вял, не хочет играть, слушать сказок, не надо развлекать его. Покой и тишина помогают быстрее восстановить силы. Позже, когда еще не расширен режим, но уже улучшилось самочувствие, дайте ему любимую игрушку, почитайте вслух, займите какой-нибудь спокойной игрой (лепкой, рисованием, складыванием кубиков), чтобы ребенок не вставал с постели и не тратил свои слабые силы.

Когда он выздоровеет, необходимо всячески оберегать его от повторного заражения острыми заболеваниями дыхательных путей, ангиной. Нельзя сразу после респираторной инфекции делать профилактические прививки. На какой срок отложить их, решит врач, наблюдавший больного.

У части детей длительное время остаются нарушения со стороны нервной системы и явления общей астении (истощение, ослабление). У этих детей часто определяются потливость, неустойчивость артериального давления и пульса, нарушения ритма сна, рассеянность, слабость, вялость, быстрая утомляемость во время приготовлениня уроков. Дети старшего возраста жалуются на головную боль, головокружение, неприятные ощущения

в области сердца. Отмечаются плаксивость, неустойчивость настроения и поведения, раздражительность. Эти изменения могут возрастать у детей, которые после болезни получают интенсивную учебную нагрузку.

Таким детям необходимо создать соответствующие условия дома и в школе, проявить к ним больше внимания, заботы. Особенно следует серьезно отнестись к детям периода полового созревания.

В распорядок дня выздоравливающего ребенка обязательно входят прогулки. Полезны водные процедуры: теплые (температура 36—37°) хвойные ванны (10—15 г хвойного экстракта на 10 л воды) через 1—2 дня, которые оказывают общее успокаивающее действие, обтирания теплой водой (температура 36°) с постепенным снижением температуры до 28°.

Только после полного выздоровления и исчезновения всех катаральных явлений (кашля, насморка), стойкой нормализации температуры ребенка можно пустить в детский коллектив (ясли, сад, школа, интернат). Надо помнить, что, если у ребенка держится хотя бы легкий насморк и кашель, он еще не здоров и может рассеивать инфекцию, заражать других. После выздоровления временно надо воздержаться от посещений кино, театра, цирка. В занятия физкультурой ребенок должен включаться постепенно. Упражнения, требующие большого физического и эмоционального напряжения, например бег на дистанцию, прыжки, участие в соревнованиях после болезни, противопоказаны. Длительность щадящего режима определит, конечно, врач.




ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Очень важно предохранить от заражения респираторной вирусной инфекцией остальных членов семьи, братьев и сестер больного. Поэтому заболевшего нужно изолировать в отдельную комнату или хотя бы отгородить ширмой. Во избежание дальнейшего распространения инфекции следует ограничить контакт больного с членами семьи, совершенно исключить контакты с ним других детей.

Ухаживая за больным, мать должна надевать марлевую маску, сшитую из четырех слоев. Посуду, ложки, использованные носовые платки ребенка необходимо кипятить, моющиеся игрушки ежедневно мыть горячей кипяченой водой.

Профилактика (предупреждение) респираторных вирусных инфекций складывается из неспецифических мероприятий и применения специфических противовирусных средств. Неспецифическая профилактика заключается в своевременном и раннем распознавании и изоляции заболевшего.

Среди неспецифических факторов профилактики существенное значение имеют правильный режим, рациональное, соответствующее возрасту питание, естественное вскармливание детей грудного возраста, своевременное введение правильного прикорма, профилактика рахита у детей в возрасте до года и полноценная пища у старших детей. В повышении сопротивляемости организма к инфекциям большую роль играют массаж, гимнастика, закаливающие процедуры.

Закаливание ребенка проводится различными методами и может начинаться с первых недель жизни. Для этого используются воздушные и водные процедуры.

Воздушные ванны могут проводиться как в комнате, так и на воздухе. У детей грудного возраста воздушные ванны начинают с того, что при смене пеленок ребенка оставляют голым на 1—2 минуты. С 2—3 месяцев воздушные ванны проводят систематически при комнатной температуре 20—21°, летом — в тени на улице под деревьями и при температуре не ниже 22°. Воздушные ванны начинают с 2 минут, 2—3 раза в день. Продолжительность воздушной ванны увеличивают каждую неделю на 1 минуту и к концу года доходят до 30 минут. Привыкшие к воздушным процедурам дети могут оставаться на воздухе обнаженными в трусиках при более низкой температуре в течение 45—60 минут.

С 5-месячного возраста можно начинать обтирание. Обычно их делают утром после пробуждения ребенка. Для этого используют воду температуры 36°. Обтирание производят руковичкой из махровой ткани, постепенно: сначала одну руку (в направлении снизу вверх), затем ее растирают сухим махровым полотенцем до легкого покраснения. Далее последовательно обтирают также вторую руку, обе ноги, переднюю и заднюю поверхность тела. Вся процедура длится 5—6 минут, после чего ребенка кладут под одеяло на 10—15 минут. Еженедельно температура воды снижается на один градус и доводится у грудных детей до 30—28°, а у старших — до 25°. К воде можно добавить морскую или обычную соль из расчета 1 чайная ложка на 1 стакан воды.

Обливание можно производить детям в возрасте старше года.

Рекомендуется эту процедуру начинать в теплое время года и продолжать зимой. Начинают обливание с темпе-

ратуры воды 35—36°, постепенно, каждую неделю снижая температуру воды на 1°, доведя ее до 28° для детей до 2-летнего возраста и до 25° для более старших детей. После обливания ребенка насухо вытирают.

Как закаливающее средство для детей можно использовать обливание ног прохладной водой и купание в открытых водоемах (старше 2—3 лет). Последнее допускается при температуре воды не ниже 22—23° и температуре воздуха 25—26°.

С осторожностью можно применять и солнечные ванны.

Если какая-либо из закаливающих процедур была прервана заболеванием, ее можно продолжить только после полного выздоровления ребенка, посоветовавшись с врачом. При этом температура воды и воздуха должна быть несколько выше, чем та, которая применялась для закаливания ребенка перед заболеванием.

К сожалению, для профилактики респираторных вирусных инфекций надежных специфических средств пока нет. Однако в некоторой степени нами могут быть использованы интерферон[1] и интерфероногены, вакцины против гриппа.

Интерферон был открыт в Лондоне Айзексом и Линдеманом при изучении явления интерференции вирусов. Сущность интерференции вирусов заключается в том, что пораженная одним вирусом клетка становится невосприимчивой к действию других вирусов. Айзекс показал, что в основе этой невосприимчивости лежит защитный белок, который выделяется пораженными вирусом клетками и является своеобразной защитной реакцией клетки в ответ на внедрение вируса. Этот защитный низкомолекулярный белок был назван интерфероном; он мешает проникновению вируса в клетку и нейтрализует его действие.

Интерферон вырабатывается лейкоцитами крови человека в результате воздействия на них вирусов и других стимуляторов интерферонообразования: различных живых противовирусных вакцин (кори, гриппа, полиомиелита, свинки). Интерферон считается одним из важнейших факторов тканевой защиты в организме. Он нарушает процесс образования новых вирусных частиц и повышает устойчивость организма к вирусной инфекции.

[1] От английского слова interfere — препятствовать, лишать.

Профилактическое действие интерферона не вызывает сомнения. Его можно использовать для экстренной профилактики гриппа при непосредственной угрозе заражения. Интерферон обладает профилактическим действием и на другие респираторные вирусные инфекции. Препарат применяют в нос в дозе 0,25 мл в каждый носовой ход; длительность его использования должен определить врач. Кроме того, изучается действие интерфероногенов — веществ, при введении которых организм начинает вырабатывать интерферон. Интерфероногенным действием обладают живые противовирусные вакцины против гриппа, полиомиелита, кори и др. Интерферон совершенно безвреден для детей. Этот препарат еще изучается, совершенствуется и в будущем, очевидно, займет большое место в арсенале средств борьбы с вирусными инфекциями.

Противогриппозный гамма-глобулин представляет собой концентрат готовых защитных противовирусных антител. Этот препарат готовится в нашей стране. Донорский противогриппозный гамма-глобулин приготовляют из крови доноров, предварительно иммунизированных гриппозными вакцинами. Профилактически используют лишь те образцы препаратов гамма-глобулина, в которых содержится большое количество противовирусных защитных антител. После введения противогриппозного гамма-глобулина вирусы гриппа, которые находятся в организме больного, частично обезвреживаются в результате соединения их с защитными противовирусными антителами, содержащимися в препарате. Однако ввиду большой изменчивости вируса гриппа противогриппозный гамма-глобулин тоже не всегда оказывается эффективным, особенно как профилактическое средство. Несколько лучший эффект он оказывает при лечении гриппа в первые два дня от момента заболевания. Назначаться он должен только индивидуально и строго по назначению врача. Этот препарат сейчас также усовершенствуется.

В нашей стране был синтезирован и испытан новый противовирусный препарат оксолин. В настоящее время оксолин разрешен к применению в широкой медицинской практике как противовирусное средство для профилактики респираторных вирусных инфекций.

Для профилактики гриппа у детей разработан новый вариант живой противогриппозной вакцины из дополни-

тельно ослабленных вакцинных штаммов вируса гриппа А2 и В. Вакцину вводят в нос (по 0,5 мл) при помощи пульверизатора. Наблюдения показали, что она является малореактогенной и обладает удовлетворительным защитным действием. Кроме того, ученые нашей страны приготовили специальный вариант живой противогриппозной вакцины для введения через рот. В результате вакцинации заболеваемость гриппом снижается в несколько раз.

Изучение и усовершенствование противогриппозных вакцин продолжаются. Против аденовирусной, парагриппозной, синцитиально-вирусной инфекций удовлетворительных вакцин пока нет, но в этой области ведутся интенсивные научные поиски.

Особенно перспективна и заманчива идея создания ассоциированной вакцины одновременно против всех респираторных вирусных инфекций: гриппа, кори и гриппоподобных заболеваний. Создание вакцин против респираторных вирусных инфекций — безусловно труднейшая задача медицины. Однако можно надеяться, что общие усилия ученых всего мира увенчаются успехом.

СОДЕРЖАНИЕ

Кудашов Николай Иваиович

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Редактор *Т. В. Бондаренко*
Художественный редактор *Л. Д. Виноградова*
Корректор *Е. С. Беляева*
Техн. редактор *А. М. Миронова*
Обложка художника *Ф. К. Мороз*

Сдаио а набор 3/VII 1973 г. Подписаио к печати 8/X 1973 г. Формат бумаги 84×108$^{1}/_{32}$ 1,25 печ. л. (условных 2,10 л.) 1,85 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 70000 экз. Т-11872М-86. Заказ № 1107. Цеиа 7 коп.

Издательство «Медицииа». Москаа, Петроверигский пер., 6/8
Москоаская типография № 32 «Союзполиграфпрома» при Государствениом комитете Совета Миииcтров СССР по делам издательств, полиграфии и киижной торгоали.
Москаа, К-51, Цаетиой бульаар, д. 26.

МЕДИЦИНА · 1973